

限度額適用認定申請及び認定証の交付は所属を通じて行う。
 ※ 病院等への支払いの都合など急ぎで交付が必要な場合は共済組合に問い合わせること。
 ※ あらかじめ認定証の交付を受けなかった場合、医療機関等の窓口で自己負担額を支払ったのち、自己負担限度額を超えた額が高額医療費として支給される。

共済事務担当者印

限度額適用認定申請書



組合員証 記号番号	公立鹿	234567	所属所名		給与支給明細書の共済短期掛金の 等級・標準報酬月額を記入する。 不明の場合は共済組合に問い合わせる。					
(フリガナ)	キョウサイ タロウ			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	〇〇 年	5 月	5 日		
組合員氏名	共済 太郎			性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					
短期掛金の 基礎となる額	標準報酬			※ 記入不要(共済組合記入欄)						
	等級 第	23	級	標準報酬 月額	410,000	円	高額 自己 額の	◎療養予定期間は申請日の月の初日 からとなる。 ◎療養終了予定日が不明の場合は空 欄でも可。 ◎療養を開始する予定日から1年間の 限度額適用認定証が交付される。 ◎認定証に記載の有効期限が到来す るまでは再度利用できる。		
適用 対象	療養者		<input type="checkbox"/> 組合員							
	<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	氏名	共済 花子							
		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	△△ 年	9 月	20 日				
	療養予定期間	令和 〇〇 年 10 月 15 日	から	令和		年		月	日	まで

上記のとおり公立学校共済組合限度額適用認定証の交付を申請します。

公立学校共済組合鹿児島支部長 殿

〒 **890-8566**

住所 **鹿児島市共済町2-2**

令和 **〇〇** 年 **10** 月 **1** 日

申請者
(組合員)

氏名 **共済 太郎**



電話番号 (**099 - 222 - 1111**)

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

〒 **890-8577**

令和 **〇〇** 年 **10** 月 **1** 日

所属所所在地

鹿児島市共済町3-3

所属所長 職・氏名

校長 鹿児島 一郎



電話番号 (**099 - 111 - 2222**)

限度額適用認定証の交付を受けた後に
 ○組合員でなくなったとき
 ○組合員の被保険者でなくなったとき
 ○認定証が不要になったとき
 ○有効期限が到来したとき には、
 速やかに共済組合へ返納すること。

初診の際にマイナ保険証を利用した場合のみ。

※ マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)を利用する場合は、この申請書の提出は不要です。

詳しくは共済のしおり(鹿児島支部ホームページ)を参照のこと